

DU PHIMOSIS

ET DE

SON TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE ANNULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALFRED BLANCHARD

Né le 16 Janvier 1870, à Ganties (Haute-Garonne),
Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895.

DU PHIMOSIS

ET DE

SON TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE ANNULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALFRED BLANCHARD

Né le 16 Janvier 1870, à Ganties (Haute-Garonne),

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Hygiène.		POLLOSSON (MAURICE)
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacie.		LACASSAGNE.
		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYON.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. GAILLETON, Président; M. BARD, Assesseur; MM. CONDAMIN et CURTILLET Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE

Témoignage de mon éternelle reconnaissance et de mon entier dévouement.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR GAILLETON

Grand Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

et à mes Chefs Militaires.

INTRODUCTION

Bien qu'une des plus simples et des moins dangereuses de la chirurgie courante, l'opération du phimosis est une des plus délicates. Le chirurgien doit bien considérer, en effet, qu'une opération aussi bénigne doit être menée rapidement à guérison; qu'il n'en doit résulter ni infirmité ni difformité pour le sujet qui s'y soumet. Une certitude de succès peut seule justifier une intervention que l'on pourrait classer souvent dans les opérations dites de complaisance.

On voit par là les conditions nécessaires pour mener l'opération du phimosis à bonne fin : rapidité du procédé et réunion immédiate de la plaie sans difformité dans le moins de temps possible.

Nous assistions l'année dernière, à l'hôpital militaire Desgenettes, à une clinique de M. le médecin major de

2^e classe Sieur, sur le phimosis et son traitement par la méthode annulaire. Nous lui entendîmes dire qu'il y avait là matière à un travail inaugural. C'est ce qui nous a engagé à traiter ce sujet.

Division.

CHAPITRE PREMIER. — *Du phimosis congénital.* —

Description. — Fréquence. — Complications et indications opératoires.

CHAPITRE II. — *Du phimosis accidentel* — Description. — Fréquence. — Complications et indications opératoires.

CHAPITRE III. — De la cocaïne employée comme anesthésique local dans l'opération du phimosis.

CHAPITRE IV. — Opération du phimosis par la méthode annulaire. — Observations.

Au moment où nous touchons au terme de notre scolarité, c'est pour nous un devoir très doux à remplir, que de nous rappeler et d'affirmer tout haut, les dettes de reconnaissance que nous avons contractées envers tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à nous guider dans les études de la profession médicale que nous embrassons.

M. le D^r Caubet, professeur de clinique médicale

près la Faculté de médecine de Toulouse, a particulièrement droit à notre respectueuse reconnaissance. Il nous a fait l'honneur de s'intéresser à nous dès notre jeune âge, de nous recevoir parmi les siens, de nous aider souvent de ses conseils éclairés. Le souvenir que nous garderons de son accueil toujours si bienveillant, et de sa bonne grâce à lui toute particulière, nous sera précieux.

Nous adressons à M. le professeur Gailleton l'expression de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Pendant notre stage à l'hôpital militaire d'instruction, M. le médecin major Sieur nous a initié à la clinique chirurgicale en nous la faisant aimer. Après nous avoir aidé de ses conseils pour l'exécution de ce modeste travail, il nous a gracieusement offert les observations recueillies dans son service. Nous essayerons, pour nous acquitter envers M. le médecin major Sieur, de mettre ses leçons en pratique, afin de devenir un médecin instruit et consciencieux.

Enfin, nous prenons la liberté d'unir dans une même pensée de respect et de reconnaissance, tous nos maîtres de la Faculté de Toulouse, de Lyon et nos chefs militaires.

Que nos camarades de promotion reçoivent le témoignage de notre sympathie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0042

DU PHIMOSIS

ET DE

SON TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE ANNULAIRE

CHAPITRE PREMIER

Phimosis congénital.

DESCRIPTION

C'est un vice de conformation que bon nombre d'enfants apportent en naissant.

Les dimensions de l'orifice préputial sont essentiellement variables, et ce n'est pas sans raison, que l'on a comparé les degrés que peut présenter le phimosis, à la série des numéros d'une filière de sonde. Tantôt, en effet, il n'existe qu'un pertuis capillaire capable tout au plus de recevoir un stylet ; le resserrement va même quelquefois jusqu'à l'occlusion. Tantôt, au contraire, l'ouverture est assez large pour que l'on puisse apercevoir le gland et même distinguer le méat, mais elle n'est pas suffisante pour décalotter. On constate encore, chez beaucoup d'individus atteints de phimosis peu serré, que le prépuce peut être ramené en arrière du gland à l'état de flaccidité de la

verge, mais ne saurait le franchir pendant l'érection. C'est en se basant sur ces inégalités de diamètre, que Ricord a distingué le phimosis *complet* et le phimosis *incomplet*, le premier masquant complètement le gland, le second permettant d'en distinguer une partie ; il est dit *hypertrophique* ou *atrophique* suivant qu'il existe ou non une exubérance des téguments en avant du gland.

FRÉQUENCE

Si l'on s'en rapporte aux statistiques faites d'après les conseils de revision, c'est à peine si l'on trouve trois ou quatre phimosis congénitaux sur cent jeunes gens examinés.

COMPLICATIONS DU PHIMOSIS ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

1° Au moment de la naissance le prépuce peut être imperforé. L'urine s'accumule alors entre ce dernier et le gland, et forme là une véritable tumeur liquide, quelquefois translucide par suite de la distension de la peau. Il est évident que l'on doit alors intervenir immédiatement.

2° Dans d'autres cas, l'ouverture préputiale est tellement petite que l'urine s'écoule à grand'peine. L'étroitesse est parfois assez prononcée, pour qu'une partie de l'urine gagne la partie située entre le gland et le prépuce : cela cause des effets irritants, non seulement sur ce dernier qui s'épaissit, s'indure, mais sur l'urètre lui-même qui se dilate, comme cela a lieu dans la partie de ce canal, qui se trouve derrière un rétrécissement. L'émis-

sion du sperme éprouve la même difficulté, que l'émission de l'urine, et il en résulte l'infécondité. Dans ces cas rares, à la vérité, l'opération du phimosis est absolument indiquée ; c'est le seul mode de traitement heureux, si l'affection n'est pas trop ancienne et si des désordres irrémédiables ne sont pas encore survenus.

3° Par suite de la longueur du prépuce ou de l'étroitesse de son ouverture, il s'accumule dans le sillon balano-préputial, une certaine quantité de matière sébacée. Si l'on ne prend pas alors des soins extrêmes de propreté, et dans ces conditions cela est très difficile, ce magma entretient une irritation constante du gland, provoque de la douleur, des démangeaisons, des érections parfois très fréquentes, des pertes séminales, des excitations qui peuvent porter les enfants à la masturbation. Soutenir que, dans tous les cas, le phimosis congénital est cause de masturbation ; que le plus ou moins de longueur du prépuce doit faire contracter à l'enfant cette funeste habitude, serait évidemment absurde. Assurément, ce n'est pas là la seule raison, mais il convient de faire à chaque cause la part qui lui revient.

Du reste, Guersant dit avoir assez souvent réussi à corriger de la masturbation des enfants par lui opérés du phimosis, et il engage ses confrères à suivre son exemple. M. le professeur Richet a pratiqué aussi des opérations du phimosis dans le même but.

4° En dehors de ces conséquences du phimosis, il en est d'autres, d'une moindre importance dans nos pays, mais qui dans les climats chauds offrent de nombreux inconvénients. Nous voulons parler des inflammations et des maladies vénériennes auxquelles sont exposés les indi-

vidus atteints de phimosis congénital, ou même de prépuces un peu longs. On sait que la loi de Moïse prescrit la circoncision le 8^e jour après la naissance de l'enfant. Cette habitude s'est transmise aux différents peuples avec lesquels la nation juive s'est trouvée en rapport, et a passé de la sorte dans les mœurs des Egyptiens, des Persans, des Ethiopiens, etc...

Or, il est évident que Moïse, en instituant la circoncision comme précepte religieux, n'a eu en vue qu'une mesure d'hygiène.

Le gland étant constamment recouvert, sa membrane muqueuse est fine, rosée, d'une sensibilité excessive; elle se laisse érailler et déchirer au moindre contact un peu violent. Il en est de même pour la muqueuse du prépuce : de là, facilité à l'inoculation de chancres mous ou indurés.

Supprimer la muqueuse préputiale, dont l'érosion est si facile, c'est dans ce cas diminuer les chances d'absorption, en réduisant l'étendue des surfaces absorbantes.

Les statistiques publiées par Hutchinson au sujet des maladies vénériennes nous apprennent que les individus appartenant à la religion juive sont dans une proportion très faible dans le nombre total des malades.

5^o Fréquente aussi est la balano-posthite dans le cas de phimosis congénital, à la suite d'un coït impur, le liquide délétère restant entre le prépuce et le gland; à la suite d'une blennorrhagie, la propreté étant alors très difficile à obtenir.

6^o Il n'est pas rare de rencontrer l'eczéma du gland et du prépuce, très rebelle chez les individus atteints de

phimosis, et qui guérit comme par enchantement, quand on a mis le gland à découvert.

7° Enfin, le prépuce tirailé, aminci par le coït, se déchire ou se gerce : de là des irritations avec douleurs quelquefois très vives dans les rapprochements sexuels, des accidents tels que l'induration du prépuce. On sait d'ailleurs, que la plupart des cancers de la verge commencent par le prépuce, et que Hey et Roux l'ont attribué à ces déchirures, à ces tiraillements continuels, et ont regardé le phimosis comme cause prédisposante.

8° Chez certains individus atteints de phimosis, le prépuce peut être ramené en arrière du gland quand le pénis est flasque, mais aussitôt que pour une raison quelconque le gland devient turgescant, il est impossible de ramener le prépuce en avant, il étrangle la partie supérieure de la verge, il y a alors paraphimosis.

Cet accident fréquent chez les individus atteints de phimosis, se produit soit pendant la masturbation, soit pendant le coït : Guersant rapporte le fait d'un nouveau marié, qui, la première nuit de ses noces, eut un paraphimosis dans ces conditions. Tillaux a observé un fait semblable, avec cette particularité toutefois, que le paraphimosis, dans ce dernier cas, s'était produit avant la consommation de l'acte vénérien, au moment même de l'entrée à la vulve.

Chacun sait les difficultés qu'on éprouve quelquefois à réduire le paraphimosis, surtout lorsqu'il date de quelques jours, et la difformité qui résulte du débridement qu'on est obligé de faire ; aussi, cet accident du phimosis est-il un de ceux qui militent le plus en faveur de l'opération.

9° Le phimosis congénital est quelquefois cause d'incon-

tinence d'urine qui peut céder à la circoncision. Les exemples n'en sont pas rares, et nous rapportons à ce sujet l'observation d'un malade que nous avons vu traiter à l'hôpital militaire Desgenettes.

OBSERVATION I

T... Victor, soldat au 158^e régiment d'infanterie. Profession antérieure, manoeuvre. Rien dans ses antécédents héréditaires. Incontinence d'urine datant de plusieurs années, pas de maladies antérieures. Le 1^{er} janvier 1894, il est envoyé en traitement à l'hôpital pour son incontinence d'urine qui survient pendant le sommeil, vers le matin, ne s'accompagnant d'aucune sensation, rêve ou douleur. Il se réveille seulement après avoir uriné.

1^o A l'examen de ses organes génito-urinaires on note seulement un prépuce très long, recouvrant complètement le gland, qui ne peut être mis à nu, son ouverture consistant en un pertuis de la dimension d'une plume d'oie.

2^o A l'examen de l'état général, pas de symptôme d'affection nerveuse hystérique ou épileptique. Il paraît, du reste, doué d'une santé robuste.

On ne peut pas faire le diagnostic d'incontinence d'urine par lésion matérielle des voies urinaires, ou par affection d'origine nerveuse. Ce n'est pas non plus un simulateur, car il a été surveillé avec soin, et on est plutôt en présence d'un homme dont l'intelligence est au-dessous de la moyenne. On peut donc supposer que cette incontinence d'urine est d'origine réflexe, ayant sa cause dans le phimosis que présente le malade. Aussi le 8 février, le malade est opéré par le procédé annulaire que nous reproduisons plus loin. La réunion immédiate de la plaie s'effectue parfaitement dans l'espace des cinq ou six jours qui suivent, et le malade en observation jusqu'au 25 février sort guéri, n'ayant plus uriné dans son lit depuis l'opération.

Nous rapprochons de cette observation le fait suivant :
incontinence d'urine et matières fécales guérie par la
circuncision (in *Medical Record*, vol. XLVI, page 173).

OBSERVATION II

Le Dr Rosenberry a trouvé chez un enfant de quatre ans, qui, en dehors de l'incontinence, ne présentait aucun phénomène morbide, un prépuce démesurément long. Pendant l'anesthésie profonde, Rosenberry a pu constater que l'anus de l'enfant était largement ouvert et n'a trouvé aucune trace de sphincter. La circoncision ne devait par conséquent donner aucune guérison de l'incontinence des matières fécales. Néanmoins, l'opération a été suivie d'excellents résultats pour les deux affections, ce que Rosenberry ne sait pas s'expliquer.

10° Le phimosis congénital peut avoir comme conséquence une exaltation ou une perversion de la fonction génitale, par suite d'une hyperesthésie très marquée. L'hyperesthésie génitale dont il s'agit consiste dans la perversion de la sensibilité spéciale, ayant pour résultat l'explosion prématurée de l'orgasme vénérien; lorsqu'elle est très marquée, elle peut rendre impossible les rapports sexuels, l'éjaculation se produisant *ante portam*. Cette forme d'hyperesthésie, ou plutôt de dysesthésie génitale, est de nature à troubler profondément la vie morale de ceux qui en sont atteints, non seulement, parce qu'elle porte obstacle à l'exercice d'une fonction naturelle et peut éloigner tout espoir de procréation, mais encore parce qu'elle est capable de conduire à l'acquisition de perversions qui peuvent entraîner toutes les conséquences des perversions congénitales. Un individu chez qui des exci-

tations banales suffisent à provoquer le plaisir sexuel sera facilement amené à s'en contenter et à les rechercher. L'exemple suivant (observation de Féré) est de nature à faire comprendre ce danger.

J'observe, depuis plus d'un an, un industriel habitant la banlieue d'une ville de l'Ouest, se plaignant de troubles importants de la fonction génitale qui ont fait le tourment de sa vie, mais qui l'auraient peut-être mené plus loin, s'il avait vécu dans un autre milieu.

C'est un homme de trente ans, appartenant à une famille où les névropathies ne sont pas inconnues. Lui-même est un homme de haute taille, bien constitué, à l'air robuste et viril, il ne présente aucun vice de conformation grossière, il a seulement la face un peu moins volumineuse du côté gauche. Il a une déviation en arrière du gland, tenant à une brièveté du frein de la verge; celle-ci est recouverte par le prépuce. A part sa malformation de la verge, ses caractères sexuels sont plutôt accentués; à part des fièvres éruptives dans son enfance, il n'a jamais eu aucune maladie. Il affirme que dans son adolescence, il ne s'est livré que rarement à la masturbation, qui aboutissait rapidement à l'éjaculation, et ne lui a guère procuré que des sensations pénibles.

A l'âge de dix-sept ans il a commencé à rechercher les femmes, mais il n'a jamais réussi à réaliser son désir. Très peu de temps après que l'érection était complète, l'éjaculation se produisait avant que l'introduction eût pu s'effectuer. Ses essais infructueux ont fini par déterminer une véritable répugnance pour les femmes. Sa vie sexuelle se résumait en pollutions nocturnes, non plus comme autrefois provoquées par des représentations visuelles ou tactiles de femmes; celles-ci avaient été remplacées dans ses rêves par des hommes. Le plus souvent c'étaient des hommes se livrant à un travail violent dans son usine.

Il se rendait bien compte d'ailleurs que, sans nécessité, il se sentait attiré au milieu d'eux, et il éprouvait une excitation sexuelle qui s'objectivait par des érections violentes, quand, la température

du local étant élevée, il se trouvait à côté d'un ouvrier en partie dévêtu, les bras et la poitrine nus.

Pendant plusieurs années, les choses sont restées en cet état. Il y a deux ans, pendant l'été, il était un jour penché sur un homme travaillant assis devant lui et il examinait son ouvrage, lorsqu'il sentit une érection très violente, qui aboutit vite à l'éjaculation. Depuis cette époque, il éprouve une satisfaction évidente à se rapprocher de cet ouvrier, à le toucher sous un prétexte quelconque, et lorsque le contact est assez durable, l'orgasme se produit avec les sensations qu'il comporte. L'individu qui provoque ces impulsions n'a aucun caractère de féminisme ni dans ses formes ni dans ses allures, ni dans ses mœurs ; il a une physionomie peu intelligente ; ses habitudes d'ivrognerie et sa grossièreté de langage en font un homme peu attrayant.

Un autre jour l'ouvrier qui provoquait ces excitations étant entré dans son bureau pour lui demander un renseignement, il sentit une impulsion subite à se jeter sur lui, l'érection s'étant produite instantanément. Il reste convaincu que, si un contre-maître n'était pas entré à cet instant, il n'eût pas résisté. Il fut très effrayé des conséquences possibles d'une impulsion de ce genre, et la crainte de la folie s'installa dans son esprit. C'est peu de jours après, que je le vis pour la première fois. Je le traitai pendant quelque temps comme un neurasthénique, mais presque sans amélioration. Il est probable que mon intervention serait restée inefficace, si je n'avais pas eu occasion, à propos d'une recherche faite à un autre point de vue, de lire en détail les observations de la *Psychopathie sexuelle* de Krafft-Ebing, où je trouvai l'autobiographie d'un médecin atteint d'hermaphrodisme mental (obs. CVIII) et qui présentait une brièveté du frein, qui le gênait dans le coït. Après la section qu'il fit lui-même, il remarqua que l'éjaculation était retardée et la sensation diminuée de beaucoup. Je pensai qu'une opération semblable pourrait être utile à mon malade. Il subit la circoncision avec section du frein. Dès que la plaie fut cicatrisée, il y a déjà plus de six mois, il fit une tentative de coït qui réussit pleinement. L'hyperexcitabilité a disparu rapidement ; les femmes sont revenues à l'exclusion des

hommes dans ses rêves ; les rapports sexuels se font normalement et s'accompagnent de sensations normales.

L'évolution des troubles nous montre, que l'hyperexcitabilité sexuelle peut donner naissance à une perversion de l'instinct sexuel dont les manifestations rappellent celles de l'inversion sexuelle congénitale. Cette hyperexcitabilité peut être la conséquence d'une condition mécanique réalisée par une anomalie congénitale, le phimosis avec brièveté du frein de la verge, par exemple. La cessation de l'hyperexcitabilité et de ses conséquences, à la suite de l'opération, montre bien les relations de cause à effet. L'action du débridement est double : il supprime une tension irritante, et il donne du jeu à l'érection en favorisant la dilatation complète des organes érectiles.

Le rôle de la brièveté du frein de la verge, avec phimosis consécutif, dans la pathogénie des troubles de la fonction sexuelle, est d'autant plus intéressante à connaître, que cette anomalie est assez fréquente chez les dégénérés, et que les troubles de la fonction sexuelle ont une importance considérable et souvent dissimulée, dans un bon nombre d'affections hypocondriaques et mélancoliques.

CHAPITRE II

Phimosis accidentel.

DESCRIPTION

On désigne sous le nom de phimosis accidentel ou acquis, celui qui survient après la naissance sous une influence morbide quelconque, blennorragie, chancres mous, chancres indurés, balano-posthite, diabète par exemple.

Il existe : 1° un phimosis accidentel *vrai*, caractérisé par le resserrement pathologique de l'orifice préputial ; 2° un *pseudo-phimosis* consistant dans l'impossibilité matérielle de mettre le gland à découvert.

Le phimosis accidentel *vrai* est l'analogue du phimosis congénital ; comme lui il peut être plus ou moins serré, *complet* ou *incomplet*, suivant que le gland est tout à fait caché ou reste en partie visible ; il peut être *hypertrophique* ou *atrophique*, c'est-à-dire avec ou sans exubérance des téguments en avant du gland.

Le *pseudo-phimosis*, au contraire, laisse l'orifice prépu-

tial indemne ou à peu près. L'impossibilité de décalotter résulte, soit de la disproportion survenue entre le volume du gland et le diamètre du trou préputial, soit de l'impossibilité de déplisser le repli mucoso-cutané qui constitue le prépuce, et de la perte de son extensibilité. On conçoit, en effet, qu'une lésion organique de la partie moyenne de la gaine préputiale, un chancre syphilitique par exemple, fasse adhérer entre elles la peau et la muqueuse du prépuce, empêche les deux replis de glisser l'un sur l'autre, leur enlève toute élasticité, et partant entraîne une impossibilité matérielle de découvrir le gland, sans que l'orifice préputial soit sensiblement altéré.

Ainsi, lésion anatomique et rétrécissement du limbe du prépuce dans un cas, état normal de ce limbe dans l'autre, mais rétrécissement relatif par ampliation du gland ou raccornissement de l'étui préputial, telle est la différence entre les deux formes.

FRÉQUENCE

La proportion du phimosis vénérien dans un service de maladies vénériennes serait de 8 à 10 pour 100, l'observation étant faite dans un hôpital militaire.

COMPLICATIONS ET INDICATIONS OPÉRATOIRES

1° Le phimosis accidentel est souvent le résultat de chancres syphilitiques qui peuvent siéger sur toute la surface du gland, mais que l'on rencontre aussi sur l'orifice préputial. Grâce à la couche celluleuse qui sépare la peau

de la muqueuse, le prépuce s'infiltré, s'œdématisé avec la plus grande facilité ; la peau ne peut plus glisser en arrière, et le phimosis accidentel est ainsi réalisé. Que convient-il de faire en ces cas, faut-il opérer ? Voici l'avis de M. Mauriac qui, dans une de ses cliniques, s'exprimait ainsi :

« Le phimosis peut se produire pendant la durée du chancre infectant. L'intervention avec l'instrument tranchant n'est que rarement indiquée, et seulement dans les cas de complications phlegmoneuses et gangréneuses. Les phimosis syphilitiques guérissent très bien à la longue, ce qui tient à ce que les chancres infectants du limbe ne s'ulcèrent pas profondément, et laissent, après leur résolution, l'orifice dans l'état où il se trouvait auparavant. Il arrive quelquefois que le prépuce augmente de longueur et d'épaisseur, sous l'influence hyperplasique et hypertrophique de certains chancres balano-préputiaux, il faut alors l'amputer. On peut faire cette opération à toutes les périodes de l'affection, sans craindre l'inoculation des lèvres de la plaie ; cependant, si rien ne presse, il vaut mieux attendre que les phénomènes d'irritation soient calmés, car alors on aurait des hémorragies et la réunion ne se ferait pas très bien, le tissu cellulaire étant encore infiltré. »

La circoncision pratiquée hâtivement, aussitôt après l'apparition du chancre induré, peut-elle prévenir l'infection de l'organisme, dans le cas où le chancre a pour siège le prépuce ?

M. Mauriac avait pensé à un moment donné, que le chancre syphilitique était au premier plan, non seulement comme date, mais comme action morbide ; qu'il précédait l'empoisonnement général et que c'était par lui que s'effec-

tuait graduellement l'intoxication de l'organisme. « Il devient le foyer primitif de la maladie, le laboratoire où naissent, croissent et se multiplient les particules virulentes qu'il jette sans cesse dans la circulation du sang et de la lymphe. C'est alors un chancre qui mérite réellement qu'on le nomme infectant. »

Sans doute, il était difficile d'expliquer le sommeil si prolongé du virus au sein des tissus, puisque la durée de l'incubation du chancre syphilitique a une moyenne de trente à quarante jours. Mais M. Conheim n'avait-il pas montré que la matière tuberculeuse, introduite dans la chambre antérieure de l'œil d'un animal, pouvait y rester huit jours sans y développer son action locale, et qu'après cette période d'incubation seulement elle rendait tuberculeux l'organe où on l'avait déposée, et par son intermédiaire tuberculisait ultérieurement toute l'économie ?

Partisan de cette théorie, M. Mauriac, dès la meilleure heure, pratiqua, par la circoncision, l'excision de chancres syphilitiques siégeant sur le prépuce, dans l'espoir de prévenir ainsi l'empoisonnement. Mais cette opération, même lorsqu'elle fut faite dans des circonstances exceptionnellement favorables, n'empêcha pas la maladie de se généraliser.

Arnozan (*Journal de médecine de Bordeaux*, 5 octobre 1890) a excisé un chancre du prépuce trois jours après son apparition. Pendant la cicatrisation de la plaie, qui elle-même s'indure, apparaissent quatre nouveaux chancres de petites dimensions dont la réparation se fait rapidement. Les accidents secondaires (syphilides palmaires et plantaires, plaques muqueuses amygdaliennes) apparaissent dans les limites normales de temps.

M. le professeur Augagneur a eu l'idée de pratiquer la circoncision, aussitôt après le coït avec une femme syphilitique, c'est-à-dire, avant la période d'incubation ; il n'en a pas moins vu le chancre se développer au niveau de la cicatrice préputiale.

La possibilité du développement de chancres multiples successifs sera sans doute, pour beaucoup de médecins, une raison de plus pour hésiter à pratiquer une opération dont les résultats sont jusqu'ici peu encourageants.

Pourtant Jullien dit avoir eu trois succès sur dix-huit excisions.

Humbert, sur douze opérations, a eu un succès constaté sur un malade examiné tous les mois depuis deux ans et demi. C'était un homme de vingt-trois ans, ayant deux chancres syphilitiques à la face interne du prépuce. Le début remontait à dix jours. L'adénopathie inguinale était évidente, mais faible.

a) A quel moment doit-on exciser pour être sûr du succès ? On n'en sait rien : il y a contradiction absolue des faits rapportés.

b) L'existence d'une adénopathie inguinale est-elle une cause d'échec ?

Ici encore, l'opinion des divers auteurs est partagée.

c) L'excision a-t-elle au moins une action bienfaisante sur l'évolution de la syphilis ? En diminue-t-elle les accidents ?

La gravité dépend surtout du terrain et non entièrement de la nature du virus. En somme, on peut tenter l'excision du chancre, mais toujours par un large débridement, par la circoncision, par exemple.

2° Le phimosis accidentel est très souvent la conséquence

de chancres mous. Comment doit-on alors se comporter ? Doit-on poser comme une règle l'intervention, afin d'éviter les accidents lymphangitiques et les adénites suppurées possibles pendant la période des chancres ?

Les hommes les plus compétents en ces matières ont, à ce sujet, des opinions divergentes.

Diday repousse toute intervention faite avec l'instrument tranchant. Il a toujours traité, soit à l'Antiquaille, soit en ville, par les seules injections de nitrate d'argent au 1/40 tous les cas de chancrelle préputiale. D'après lui, sous l'influence de ces injections ainsi titrées, répétées très régulièrement trois fois par jour, la douleur se calme, l'inflammation se modère et on obtient une guérison sans désordre, sans perforation du prépuce. Plus que cela, au bout d'un temps variable, quelquefois deux ou trois mois après, ordinairement beaucoup moins, le phimosis finit *toujours* par céder.

Ricord (*Leçons sur le chancre*, Paris, 1860) prétend que la circoncision ne doit être pratiquée qu'avec beaucoup de circonspection et comme une ressource ultime, car on doit se souvenir que le bénéfice qu'on en retire au point de vue du dégorgement, du débridement, ne compense pas toujours l'inconvénient *inévitabile* de l'inoculation de la plaie et de l'extension forcée du chancre.

Rollet (*Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1865) dit que dans le cas de présence de chancres qui restent stationnaires et dont la guérison n'aurait besoin, pour être accélérée, que de pansements plus directs ou de quelques cautérisations méthodiquement faites, le chirurgien ne doit pas hésiter à pratiquer la circoncision. Mais cette dernière se complique *toujours* d'inoculation de la plaie, ce qui

ne l'empêchera pas de se cicatriser aussi bien et presque aussi vite que les chancres qui l'avaient rendue elle-même chancreuse.

Panas (*Gazette des Hôpitaux*, 1872) ne craint pas de circoncire un malade atteint de chancres mous. Bien entendu, il ne s'attend pas à une réunion immédiate; le chancre mou est inoculable au premier degré et la plaie doit se transformer *forcément* en un nouveau chancre en couronne; mais il paraîtrait que ce nouveau chancre amènerait la guérison rapide de ceux qui existent déjà à la surface du gland, ce serait un moyen d'empêcher le phagédénisme. M. Panas croit qu'il y a là une sorte d'action dérivative semblable à celle que l'on obtenait quelquefois lorsqu'on pratiquait la syphilisation.

Certains auteurs rejettent donc l'intervention; d'autres l'acceptent d'emblée. Et, comme le fait remarquer de Saint-Germain (article CHANCRE, du *Dictionnaire de Jaccoud*), « ces deux opinions si opposées sont toutes deux soutenables, et cela au moyen d'arguments sérieux ».

Sur un seul point l'accord est complet, c'est sur l'inoculation constante de la plaie opératoire, Ricord, Diday, Fournier la qualifient d'*inévitabile*; Rollet dit que la plaie s'inocule *toujours* et Panas qu'elle se transforme *forcément* en un nouveau chancre.

Mais ne serait-il pas dans nos moyens, de détruire au préalable le virus chancreux, et de pouvoir ensuite procéder à la circoncision avec la ferme confiance de n'avoir pas une réinoculation de la plaie?

C'est ce qu'a tenté de faire M. Aubert, chirurgien en chef de l'Antiquaille. Il a réussi sur des phimosis compliqués de chancres existant à la fois sur le limbe et sous le

prépuce, à obtenir une réunion immédiate parfaite. Deux de ces cas sont particulièrement probants, puisqu'il s'agissait de malades atteints de phimosis œdémateux avec complication de lymphite et avec abcès à la base de la verge.

Voici sa manière d'opérer. Il nettoie, aussi complètement que possible, la verge, le scrotum et les parties voisines. Ceci fait et avant de procéder à l'opération, il passe la verge dans un trou percé au milieu d'une large feuille de caoutchouc, de façon à ce que le sang et les divers liquides ne souillent ni la peau ni les poils et glissent sur une surface facile à laver et à essuyer. L'anesthésie locale faite, il cautérise d'abord, à l'aide du thermocautère, tous les chancres extérieurs et facilement accessibles ; il débride au besoin, sur une petite étendue, les bords du prépuce, pour pouvoir atteindre les chancres sous-préputiaux, qui siègent sous le prépuce lui-même ou sur le gland. Dans tous les cas, les surfaces sont lavées avec grand soin à l'aide d'un liquide antiseptique, et toutes les ulcérations chancreuses sont cautérisées ; puis il procède à la circoncision.

M. Aubert a ainsi agi dans un grand nombre de cas et avec un succès parfait, une absence complète de réinoculation, une réunion par première intention comme dans une plaie non infectée. Les chancres transformés en plaie simple par la cautérisation, se sont de leur côté rapidement cicatrisés.

Est-il nécessaire, comme temps préliminaire à la circoncision, de toujours débrider le prépuce à l'aide de petites incisions, afin de mieux nettoyer et cautériser au besoin les surfaces sous-jacentes ? Nous ne le croyons

pas, et à l'exemple de M. Cordier, on peut atteindre ce but, en se servant simplement d'injections d'une solution saturée de chlorure de zinc, poussées entre le prépuce et le gland, le chlorure de zinc ayant cette propriété particulière d'attaquer principalement les tissus érodés, et de respecter ceux qui sont recouverts d'une muqueuse ou d'un épithélium normaux. Ceux-ci blanchissent bien un peu, surtout lorsqu'il existe une légère balano-posthite concomitante, mais cette cautérisation est très superficielle et ne laisse jamais de cicatrice.

La cautérisation des chancres est suffisante, car la plaie de la circoncision ne s'inocule pas et on obtient dans tous les cas la réunion immédiate. Il arrive souvent, que la section porte sur un chancre; même à ce niveau, l'inoculation n'a pas lieu, et il n'existe là qu'une plaie ordinaire qui se cicatrise en huit ou dix jours en moyenne. Les observations de malades opérés, par M. Cordier, de phimosis compliqués de chancres mous sont très nombreuses, et en les parcourant on ne trouve pas un seul cas, où la plaie opératoire s'est secondairement contaminée.

Des recherches expérimentales et cliniques ont aussi démontré que l'on possède, dans l'emploi de la chaleur, un excellent moyen d'annihiler le virus chancreux, et par conséquent de traiter le chancre simple et ses complications.

Les irrigations continues d'eau chaude sur les organes génitaux ne donnent que des demi-résultats; le bain chaud général est difficile à supporter pendant un temps assez long. Le demi-bain, le bain de siège entre 40 et 42 degrés peuvent être tolérés des heures entières. Ils élèvent suffisamment la température centrale, qui

atteint le voisinage de 39 degrés environ, et augmente à la fois la chaleur périphérique des parties immergées. On peut, par ces moyens, espérer détruire dans un temps très court, et peut-être du jour au lendemain, la virulence des surfaces chancreuses. C'est là, certainement, un bon traitement de ces interminables chancres sous-phimosis que les pansements ne peuvent atteindre ; c'est aussi un traitement que l'on pourra instituer avant de procéder à la circoncision.

Ainsi, que l'on ait recours à l'emploi de la chaleur, comme M. Aubert, ou à l'action du chlorure de zinc, comme M. Cordier, ou au nitrate d'argent, comme d'autres praticiens, on peut fermement espérer, après avoir ainsi opéré, obtenir une réunion par première intention, sans réinoculation de la plaie.

« Et la possibilité d'avoir une réunion immédiate, dit M. Aubert, enlève aux abstentionnistes leur meilleur argument, aux partisans réservés de l'opération, le principal motif de leur hésitation. Quant à ceux qui acceptent l'opération en raison du bénéfice qui en résulte pour le malade malgré l'infection de la plaie produite, ils l'accepteront bien mieux encore, du moment où cette infection peut être évitée. »

3° Un des symptômes du diabète sucré est, comme on le sait, la glycosurie, et parmi les phénomènes secondaires que celle-ci fait naître, il en est un qui passe le plus souvent inaperçu, à titre de simple épiphénomène, sans être révélé dans sa cause originelle, comme on l'a fait pour les furoncles et les anthrax diabétiques.

Nous voulons parler du phimosis survenant quelquefois dans le cours de cette affection, et qui est dû au contact

de l'urine. Chez le diabétique, en effet, l'urine est très irritante de par sa grande acidité, et l'irritation du bout du prépuce est d'autant plus intense qu'elle est presque continuelle, à cause des mictions très fréquentes. De là, des ulcérations superficielles au début, mais qui bientôt s'enflamment et se terminent par des rétrécissements infranchissables du prépuce.

Les exemples de phimosis consécutifs au diabète sont maintenant nombreux dans la science. M. le professeur Richet, dans une de ses cliniques, a rapporté le fait d'un homme venu à Paris pour se faire opérer du phimosis. La circoncision est faite; le lendemain, quel n'est pas l'étonnement du savant professeur, en trouvant une plaie toute noirâtre avec des taches gangréneuses sur la verge et sur les bourses. A l'examen de l'urine, on y trouve une grande quantité de glucose. Un traitement antidiabétique énergique et des lotions arrêterent ces ravages.

Ce fait démontre qu'il ne convient point d'opérer le phimosis diabétique, à cause des complications qui en peuvent résulter. D'ailleurs, si l'on s'y prend à temps, si surtout on connaît l'existence du diabète, de simples précautions hygiéniques, des injections alcalines préviendront le développement du phimosis et, pour se mettre en garde, il ne serait peut être pas superflu d'examiner les urines de tous les individus atteints de phimosis avant de les opérer.

4° Produit par une des causes que nous venons d'énumérer, le phimosis peut passer à l'état chronique. On constate alors des indurations limitées au limbe préputial ou en tout autre point, mais atteignant aussi parfois la plus grande partie du prépuce ou même le prépuce en

entier, s'accompagnant même d'une hypertrophie considérable de tout cet organe. Dans ces cas, l'opération est formellement indiquée.

Contre-indication.— En somme, les contradictions formelles à l'opération du phimosis sont très restreintes.

1° Rejeter l'opération chez les hémophiliques. — M. le professeur Gailleton a vu deux cas à l'Antiquaille, où l'hémorragie à la suite de la circoncision fut très abondante et très difficile à arrêter. Les antécédents héréditaires de l'un de ces malades apprirent qu'un de ses frères avait succombé à une hémorragie qui suivit l'extraction d'une dent.

2° Ne pas opérer le phimosis des diabétiques.

3° Ne pas intervenir dans un milieu d'épidémie ou de contagion.

CHAPITRE III

Emploi de la cocaïne dans l'opération du phimosis.

Depuis que l'usage des injections intradermiques de chlorhydrate de cocaïne s'est vulgarisé, il n'est plus nécessaire de chloroformiser les malades pour pratiquer l'opération du phimosis. Si l'on s'en tient exactement aux préceptes formulés par MM. Reclus et Isch-Wall dans leur mémoire de la *Revue de Chirurgie*, on obtient une anesthésie locale absolument parfaite, qui se prolonge suffisamment pour que l'application des fils ou des serrefines ne soit pas douloureuse. Et pour obtenir ce résultat, il n'est besoin que d'une dose infime de cocaïne qui ne peut, dans aucun cas, donner lieu à aucun danger. M. Isch-Wall n'a jamais eu aucun accident d'hémorragie consécutive à l'emploi de la cocaïne, et on sait que son mémoire de la *Revue de Chirurgie* est basé sur un nombre considérable d'opérations empruntées, pour la plupart, à la pratique de M. Reclus, qui fait un usage journalier de cet anesthésique. Pourtant, M. Aimé Guinard rapporte deux incidents hémorragiques post-opératoires dus, pour lui, à l'usage de la cocaïne (*Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 1850).

On peut rapprocher de ces deux incidents le fait récent dû à notre pratique.

Il s'agit d'un sous-officier très anémié, atteint de cystite blennorragique, et opéré au moment où l'affection uréthro vésicale était à peu près guérie. Anesthésie à la cocaïne faite à l'aide de 6 piqûres, 3 sur le prépuce, 3 sur la muqueuse du voisinage du gland et représentant environ une dose de cocaïne de 2 cg. 50 à 3 centigrammes au maximum. Anesthésie parfaite, ablation de l'anneau muco-cutané et d'une assez grande épaisseur de tissu cellulaire. Ligature de deux troncs veineux qui avaient été sectionnés et de l'artère du frein, douze points de suture.

Quatre heures après, le pansement est fortement souillé de sang et nécessite l'application d'une bande de tarlatane assez fortement serrée pour arrêter l'hémorragie. Dans la nuit, douleurs assez marquées, aggravées par des érections répétées, malgré une potion de 4 grammes de bromure. Au matin, le pansement est enlevé et on constate l'existence d'un hématome très volumineux entourant presque complètement la verge, mais surtout développé en bas et à droite. Pansement compressif; léger suintement sanguinolent dans la journée, érections nocturnes pénibles. Le deuxième jour, le volume de l'hématome semble encore avoir augmenté, et l'ecchymose se répand sur toute la verge et la racine des bourses. Pansement compressif. A partir de ce moment, état stationnaire pendant deux jours, au bout desquels deux points de suture inférieurs cèdent et laissent écouler la majeure partie des caillots épanchés dans le tissu cellulaire. Lavage à grande eau. Pansement compressif.

Les points de suture du dos de la verge sont réunis par

première intention, et il ne reste qu'une brèche à la partie inférieure capable d'admettre la pulpe de l'index. Au bout de quinze jours, la réunion était complète.

Nous pensons qu'on doit encore accuser ici, outre l'état d'anémie et le nervosisme du sujet, l'emploi de la cocaïne.

D'autres malades opérés le lendemain, chez lesquels on a fait avec soin la ligature de tous les vaisseaux, ont guéri en quatre jours et sans avoir eu d'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire sous-préputial.

Il semble qu'on est en droit d'attribuer cette hémorragie post-opératoire, à l'action de la cocaïne sur les vaisseaux. La cocaïne est hémostatique, en même temps qu'anesthésique, et peut-être agit-elle sur les nerfs vaso-moteurs en même temps que sur les nerfs sensitifs. Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler le fait, et savoir que le phénomène de vaso-constriction, produit par la cocaïne, peut dissimuler l'ouverture d'une artériole de calibre suffisant, pour donner lieu à une hémorragie ultérieure, nécessitant l'intervention du chirurgien. Quand on opère dans une région où le pansement peut être compressif, on n'a pas à s'occuper de ces considérations ; mais après la circoncision, il est bien évident qu'il n'y a pas de compression possible. Est-ce à dire qu'il faut renoncer à la cocaïne dans l'opération du phimosis ? Evidemment non : l'usage en est vraiment précieux. Mais nous pensons qu'avant de faire les sutures, on devra prendre la précaution de laver la plaie à l'eau boriquée tiède, qui fera cesser rapidement l'action hémostatique de la cocaïne. On verra alors s'il y a quelque artériole à lier.

CHAPITRE IV

Opération du phimosis (Méthode annulaire)

L'opération du phimosis doit être considérée comme une intervention simple, que tout médecin peut pratiquer à l'aide des instruments qui composent ordinairement la trousse. Nous rejetons donc, absolument, toutes les méthodes qui ont recours à des instruments spéciaux. Voici comment nous procédons :

1° Antisepsie très minutieuse des régions inguinopubienne et périnéale.

N'employer, autant que possible, que des solutions non irritantes (eau boriquée à 40 pour 100 ou solution de sublimé au 1/1000).

Désinfecter avec soin le sillon balano-préputial si le sujet peut décalotter. Ne pas oublier de faire cette désinfection, après débridement dorsal, et avant d'inciser circulairement la muqueuse, quand le sujet ne peut pas décalotter.

2° Anesthésie locale avec injections sous-cutanées, en trois points correspondant à la section future de la peau, de manière à produire trois petites boules d'œdème. La solution ordinaire employée est une solution de :

Cocaïne, 1 gramme ;

Eau, 50 grammes.

La quantité nécessaire de cette solution, quand le malade peut décalotter ne dépasse pas ordinairement 1 gr. Un léger massage des parties injectées permet au liquide anesthésique de s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire.

3° Trois pinces à forcipressure sont appendues au prépuce, en un point qui doit correspondre au niveau du sillon balano-préputial, pour marquer le contour de l'incision circulaire de la peau, que l'on pratique à l'aide d'un bistouri effilé.

4° L'incision cutanée faite, décalotter de façon à bien mettre à nu le sillon balano-préputial. La muqueuse est alors incisée parallèlement à ce sillon, à 1 centimètre du rebord postérieur du gland (en un mot ne conserver de la muqueuse que la quantité suffisante pour passer les points de suture).

5° L'anneau muco-cutané, une fois bien dessiné par les deux incisions, est pincé par sa face dorsale et incisé verticalement d'un coup de ciseau : chacun de ses côtés est ensuite détaché du tissu cellulaire.

6° L'anneau enlevé, faire avec soin l'hémostase, en liant les vaisseaux du dos de la verge et les artérioles du frein. Faire la ligature au catgut ou à la soie aseptiques.

7° L'hémostase faite, et il faut la faire avec soin pour ne pas avoir d'hématome, on n'a plus qu'à réunir, par dix à

douze points de suture à la soie fine, les deux lèvres de la plaie qui se correspondent habituellement très exactement.

8° Pansement légèrement compressif avec de la tarlatane aseptique recouverte d'une épaisse couche de vaseline boriquée.

Nota. — 1° Lorsque le malade ne peut pas décalotter, après l'incision circulaire cutanée, on enfonce à plat une lame de ciseau entre le gland et le prépuce jusqu'au niveau du sillon balano-préputial, et l'on sectionne verticalement, après avoir eu soin d'anesthésier les parties sur lesquelles doit porter cette incision.

L'incision dorsale faite, décalotter, désinfecter et anesthésier la muqueuse, avant de la sectionner comme il a été dit plus haut.

En somme, l'opération ainsi conduite, avec les précautions antiseptiques ordinaires, est simple, peut être exécutée *sans instruments spéciaux*, avec les seules ressources de la trousse. Bien menée, elle ne cause pas de difformités et donne une réunion immédiate parfaite, résultats vivement appréciés par les opérés.

2° Le phimosis congénital ou acquis s'accompagne quelquefois d'adhérences, qui se font entre le gland et le prépuce. D'après M. Léon Tripier, les adhérences ne siègent jamais au niveau du sillon balano-préputial. On les trouve un peu en avant de la couronne du gland, et peuvent s'étendre de là jusqu'au méat. Dans ces cas, on doit par la méthode annulaire, aller tout d'abord à la recherche du sillon balano-préputial, et faire la dissection du prépuce *d'arrière en avant*, de façon à sectionner les points adhérents, sans entamer le gland.

OBSERVATION III

B..., Jacques, soldat au 158^e de ligne, entré le 10 avril 1894 à l'hôpital, porteur d'un phimosis congénital. Le malade ne décalotte que très incomplètement. Son prépuce, qu'il essaie de ramener en arrière du gland, ne laisse voir que les deux tiers antérieurs de ce dernier. L'orifice préputial, bien que suffisant pour ne pas apporter obstacle à la miction, rend pourtant très incommodes les rapports sexuels.

Opération, le 16 avril. — Incision circulaire au bistouri après avoir insensibilisé le prépuce à la cocaïne. Réunion par des fils de soie de la muqueuse et de la peau. Hémostase ; pansement à l'aide de tarlatane recouverte de vaseline boriquée.

17 avril. — Le malade va bien. Il n'a pas eu d'érections, ni de douleurs du côté de l'organe opéré. La plaie a bon aspect.

23 avril. — Réunion de la plaie par première intention, guérison complète.

OBSERVATION IV

Jules V..., soldat au 158^e régiment d'infanterie, entré le 23 juin 1894 à l'hôpital, pour se faire opérer d'un phimosis congénital : d'aucune façon le gland ne peut être mis à découvert. L'opération est pratiquée le 26 juin. Anesthésie à la cocaïne, section de la peau et de la muqueuse par la méthode circulaire, et ces dernières bien réunies sont fixées par des fils de soie. Pansement avec une bande de tarlatane enduite de vaseline boriquée, entourant la verge. Suspension ouatée.

28 juin. — Le pansement étant enlevé, on constate au-dessous de la peau, à la partie antéro-latérale gauche de la verge la présence d'un hématome de la grosseur d'une petite amande ; autour du caillot, teinte légèrement ecchymotique de la peau. En outre, au voisinage du frein, sous l'influence d'érections violentes, deux ou trois points de suture ayant cédé, la peau n'est plus en contact avec

la muqueuse; dans tous les autres points la cicatrisation par première intention commence à s'effectuer. Le pansement à la vaseline boriquée est renouvelé.

30 juin. — Au voisinage du frein, il existe un intervalle de 5 millimètres sur une longueur d'1 centimètre. Pansement renouvelé.

6 juillet. — On enlève les fils; la cicatrisation par seconde intention s'effectue au voisinage du frein, le reste de la plaie est cicatrisée. L'hématome, signalé ci-dessus, se résorbe de plus en plus, la teinte ecchymotique a entièrement disparu. Pansement renouvelé.

10 juillet. — La cicatrisation est terminée, l'hématome est entièrement résorbé, le pansement est définitivement enlevé.

OBSERVATION V

Antoine B., soldat au 52^e de ligne, vient à l'hôpital le 12 janvier 1894 avec le diagnostic de chancre induré du prépuce et phimosis consécutif. Le malade est mis au traitement général et local syphilitique; on voit pourtant apparaître les accidents secondaires et le prépuce forme un bourrelet induré en avant du gland. Le malade est opéré de son phimosis acquis le 12 mars. Injections de cocaïne sous la peau et sous la muqueuse. Section de la peau d'abord, de la muqueuse ensuite par la méthode annulaire. Hémostase; réunion de la peau et de la muqueuse à l'aide de fils de soie. Pansement avec la tarlatane boriquée.

14 mars. — On défait le pansement; pas la moindre inflammation au niveau des points de suture, la plaie a très bon aspect. Pansement renouvelé.

16 mars. — La cicatrisation commence à s'opérer.

18 mars. — Réunion à peu près complète.

20 mars. — Les points de suture sont enlevés, le malade est entièrement guéri de son phimosis.

OBSERVATION VI

M... Joseph, soldat, à la 25^e section d'infirmiers, arrive le 3 février 1894 à l'hôpital. Il a une balanite avec phimosis consécutif.

Il prend tous les jours quatre ou cinq bains de la verge à l'eau boriquée, avec injections sous-préputiales fréquemment répétées. L'œdème du prépuce ne cédant pas à l'influence du traitement, on propose au malade l'opération de son phimosis, le 22 février. Procédé et pansement décrits plus haut.

24 février. — La plaie est bien réunie à gauche, mais à droite il existe une petite zone de décollement, due à ce que deux points de suture ont sauté à la suite d'érections et peut-être à cause du mauvais état des tissus à ce niveau. Il s'en écoule un peu de sang et de sérosité qui répandent mauvaise odeur, Pansement à la vaseline iodoformée.

26 février. — Le décollement existe encore, mais la sérosité qui s'en échappe est moins abondante, et sans mauvaise odeur. Même pansement.

6 mars. — La plaie a très bon aspect, la cicatrisation s'effectuant et effaçant le décollement dont nous avons parlé. Pansement renouvelé.

9 mars. — La plaie est régulière sur tout le pourtour, la cicatrisation est complète.

OBSERVATION VII

M. . Régis, soldat à la 14^e section des secrétaires, présente un chancre induré du bord libre du prépuce avec phimosis prononcé consécutif. Adénopathie bilatérale, indolore du pli de l'aîne.

Traitement. — Bains de sublimé, frictions mercurielles pendant quelques jours.

1^{er} mars 1894, il est opéré de son phimosis par la méthode annulaire, pansement à la vaseline iodoformée.

3 mars. — La plaie a bon aspect, il existe pourtant un peu d'induration au niveau du frein. Pansement à la vaseline iodoformée renouvelé.

6 mars. — La plaie est en bonne voie de cicatrisation ; l'induration elle-même, au niveau du frein, commence à disparaître.

12 mars. — La plaie est entièrement cicatrisée, sans déformations, même au point où il existait les jours précédents. Un peu d'induration.

Nous avons pris au hasard ces quelques observations, parmi bien d'autres que nous aurions pu rapporter. Rapidité du procédé, réunion immédiate au bout de six ou sept jours en moyenne, guérison sans infirmité ou difformité, tels sont les résultats que l'on doit obtenir par une circoncision bien faite : c'est ce que donne la méthode annulaire.

CONCLUSIONS

Nous avons traité du phimosis congénital et accidentel. Nous avons vu que, dans l'un et l'autre cas, on a des accidents si nombreux et si variés que l'opération s'impose.

I. *Indications opératoires principales dans le phimosis congénital.*

a) L'imperforation ou l'étroitesse trop accentuée de l'orifice prépuce.

b) Irritations ou inflammations de nature variable; balano-posthite; eczéma; gerçures du prépuce.

c) La prédisposition des individus atteints de cette affection, à contracter les maladies vénériennes.

d) La transformation possible du phimosis en paraphimosis.

e) Le phimosis suivi d'incontinence d'urine.

f) Le phimosis cause d'hyperesthésie génitale et d'inversion sexuelle.

II. *Indications opératoires principales dans le phimosis accidentel.*

a) Dans le chancre mou pour éviter les lymphangites et les adénites suppurées.

b) Dans le chancre induré, l'indication est moins formelle, car les cas dans lesquels on a pu enrayer les progrès de la syphilis par l'excision large et complète du chancre au moyen de la circoncision, sont à l'heure actuelle très peu nombreux.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GAILLETON.

Vu, bon et permis d'imprimer,
POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

Vu, bon à imprimer,
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

- Dictionnaire des Sciences médicales.
Laylavaire. Thèse de Paris 1881.
Hamdy. Thèse de Montpellier 1873.
Arnozan. Incision du chancre dur.
Journal de médecine de Bordeaux, 5 octobre 1890.
Annales des organes génito-urinaires 1^{er} juin 1895.
Medical Record.
Revue de chirurgie, 1895.
Mauriac. Excision du chancre syphilitique.
Ricord. Leçons sur le chancre, 1860.
Rollet. Traité des maladies vénériennes.
Panas. Gazette des hôpitaux, 1872.
Aubert. Compte rendu des Sciences médicales de Lyon, 1873-1880.

